



**“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE
RIESGO
DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS
DURANTE EL EMBARAZO, EN MUJERES
PUERPERAS HOSPITALIZADAS EN EL
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL,
EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE
MAYO- SETIEMBRE 2014”**

INVESTIGADORES:

Br. Rijo, Julieta

Br. Rossi, Antonella

Br. Souto, Gabriela

Br. Odizzio, Mariana

Facultad de Medicina. Universidad de la República.

ORIENTADORES: Dr. Gabriel González, Dr. Mario Moraes, Dr. Claudio Sosa.

Departamentos de Neuropediatría y Neonatología.

Clínica ginecológica C.

INDICE

Resumen.....	Pág. 2
Fundamentación de la propuesta.....	Pág. 3
Marco teórico.....	Pág. 4-8
Objetivos.....	Pág. 8-9
Materiales y métodos.....	Pág. 9-11
Resultados.....	Pág. 11-17
Conclusiones y perspectivas.....	Pág. 17-19
Bibliografía.....	Pág. 20-21
Agradecimientos.....	Pág. 21
Anexo.....	Pág. 22-33

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de riesgo del consumo de drogas psicotrópicas durante el embarazo en mujeres puérperas hospitalizadas en el C.H.P.R.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional, de corte transversal de una muestra por conveniencia. Se encuestaron 273 mujeres puérperas internadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período comprendido entre el 11 de julio de 2014 y el 15 de agosto del mismo año.

Resultados: El 90,5% de la muestra consideró que consumir este tipo de fármacos durante el embarazo puede acarrear consecuencias negativas para su hijo. Dichas consecuencias negativas se cuantificaron a través de una escala de riesgo con valores del 0 al 10 (considerando 0 como ausencia de riesgo y 10 como el mayor daño posible), donde se obtuvo una media de 8,19. En cuanto a la prevalencia, se observó que solo el 7,7 % los utilizó en algún momento de su vida.

El 45,8% de las mujeres manifestó no haber sido interrogada por su médico con respecto al consumo de estos fármacos.

Conclusiones: Con lo que respecta a nuestro objetivo observamos que el 90,5% de las encuestadas manifestaron que consumir psicofármacos durante el embarazo puede ser riesgoso para sus hijos. Teniendo en cuenta que la media obtenida a través de la escala de riesgo fue de 8,19 concluimos que el riesgo es sobreestimado.

En nuestro estudio el 7,7% de las gestantes manifestaron haber consumido psicofármacos alguna vez en su vida, siendo la edad media de nuestra muestra 24 años. En base a estos resultados es importante destacar que la prevalencia del uso de estas drogas aumenta conjuntamente con la edad.

El 45,8% de las mujeres manifestaron que el médico no indagó acerca del consumo de estos fármacos en los controles obstétricos, teniendo en cuenta que el porcentaje de mujeres que se controlaron el embarazo fue del 97,4%.

Fundamentación de la propuesta

Las mujeres que requieren tratamientos crónicos a menudo buscan información de familiares, amigos y proveedores de atención médica para ayudarlas en la toma de decisiones. Por este motivo es crucial que las mujeres reciban información equilibrada basada en la evidencia en relación con la exposición a medicamentos durante el embarazo.¹

En los últimos años ha aumentado la incidencia en la prescripción y en la toma de psicofármacos en nuestro país durante el embarazo. En determinadas circunstancias, por ejemplo, la depresión durante el embarazo, se ha demostrado que la interrupción en la toma de los psicofármacos puede acarrear consecuencias negativas mayores, tanto para la madre como para el feto, en comparación con continuar con el tratamiento indicado.²

Si bien se recomienda no consumir ningún tipo de fármaco en el primer trimestre del embarazo por los riesgos que puede generar en el desarrollo del feto, es importante evaluar a cada paciente en particular a la hora de la toma de decisiones valorando el riesgo beneficio de su prescripción.³

Por lo tanto es importante conocer si la percepción de riesgo acerca del consumo de psicofármacos durante el embarazo en las mujeres puérperas internadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (C.H.P.R), es concordante con la información disponible basada en la evidencia o si por el contrario el riesgo es sobreestimado o subestimado. De acuerdo a los estudios publicados, planteamos como hipótesis que este riesgo esta sobreestimado por parte de las mujeres embarazadas.

Nuestro objetivo principal es conocer la percepción de riesgo de estas mujeres, independientemente si consumieron alguna vez o no esta clase de fármacos; de esta manera, obtendremos información que sea de utilidad para el equipo de salud al momento de orientar a las mujeres embarazadas en cuanto al uso racional de los psicofármacos durante el embarazo.

Marco teórico

En la actualidad la elevada psicopatologización de los trastornos mentales objetivada en las últimas clasificaciones de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM 5)⁴, determina un aumento de las prescripciones médicas de psicofármacos, lo que trae como consecuencia un incremento sustancial de dichos fármacos durante la gestación.

El tratamiento de la enfermedad mental en el período perinatal es una decisión clínica importante, ya que implica no uno, sino dos pacientes: la madre y su hijo. Analizar a cada paciente en particular realizando pruebas cuidadosas de los riesgos y beneficios de los tratamientos, teniendo en cuenta otras posibles comorbilidades, es necesario para obtener resultados positivos.

Un estudio semi-cualitativo de las mujeres de Saskatchewan y Ontario, tuvo como objetivo determinar el impacto psicosocial de la información, consejos y comentarios que recibían las mujeres embarazadas acerca de la toma de antidepresivos durante el embarazo a través de los proveedores de atención de la salud, la familia, amigos, los medios de comunicación, etc. La información negativa de los amigos y de la familia (62%), proveedores de servicios de salud (12%) tuvo consecuencias negativas en la mujer acerca de la toma de antidepresivos durante el embarazo. Con lo que respecta a los medios de comunicación, el 65% de las mujeres obtienen la información de Internet, la mayoría lo suficientemente inquietante como para interrumpir el antidepresivo que estaban tomando. La preocupación y la culpa persistieron durante todo el embarazo, a pesar de que las mujeres fueron aconsejadas por sus médicos acerca de la necesidad de la toma de psicofármacos.⁵

La exposición a diversos medicamentos y condiciones médicas durante el embarazo es a menudo inevitable. La mayoría de estas exposiciones no conllevan un riesgo elevado de malformaciones congénitas. Sin embargo, las percepciones erróneas de los riesgos asociados con diferentes exposiciones en el embarazo son comunes y pueden llevar a decisiones equivocadas. La alta percepción del riesgo teratogénico materna puede conducir a la interrupción brusca del tratamiento durante el embarazo e incluso a la terminación de un embarazo no deseado. Percepciones y decisiones maternas respecto al

embarazo están influenciadas por muchos factores, incluyendo el bienestar emocional. La sintomatología depresiva materna parece tener un efecto significativo en la percepción del riesgo teratogénico y puede limitar aún más la validez de un proceso de toma de decisiones.

La interrupción brusca de la medicación puede llevar a síntomas de abstinencia importantes, así como la exacerbación de la enfermedad de base (que en sí mismo, puede conducir a la pérdida espontánea del embarazo).

Cohen y colaboradores exploraron los efectos de la interrupción del tratamiento en el transcurso del embarazo. Los autores estudiaron a un grupo de mujeres que sufren de depresión mayor tratadas con antidepresivos que quedaron embarazadas. Algunas de estas mujeres decidieron suspender su terapia antidepresiva, mientras que otras decidieron continuar. El riesgo de recaída de depresión mayor fue del 70% en el grupo que interrumpió el tratamiento en comparación con 25% en el segundo grupo, una tasa significativamente más alta. La frecuencia de las recaídas también fue significativamente mayor en el grupo que interrumpió el tratamiento con una razón de riesgo significativo de 5,7. Este estudio y otros nos recuerdan los peligros de la interrupción de los medicamentos importantes durante el embarazo.^{6 7}

Un estudio encontró que la depresión no tratada durante el embarazo, puede tener efectos perjudiciales sobre el parto y el neonato como mayor prevalencia de cesáreas y un mayor número de ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Entender las percepciones y decisiones acerca de tomar psicofármacos durante el embarazo de la mujer es fundamental para que las mujeres y sus proveedores de salud puedan estar facultados para tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus bebés. Sin embargo, a pesar de la frecuencia de la depresión en el embarazo y la riqueza de los estudios epidemiológicos disponibles en la literatura científica, sus resultados no son de conocimiento de la población en general. En consecuencia, las mujeres y sus médicos tienen poca orientación con la que tomar una decisión informada sobre el tratamiento.

Un estudio tuvo como objetivo conocer la percepción de riesgo de los fármacos antidepresivos en mujeres embarazadas con depresión. Métodos: Las mujeres que se llamaban al Programa Motherisk requiriendo información acerca de la seguridad de un antidepresivo durante el embarazo fueron comparados con otros dos grupos: 1) las mujeres que llamaban por el uso de antibióticos (medicamentos no teratógenos utilizados a corto plazo) y 2) las mujeres que llamaban por el uso de medicamentos gástricos (medicamentos no teratógenos utilizados a largo plazo). Su percepción del riesgo se midió antes y después de administrar la información basada en la evidencia y los determinantes de la toma de decisiones también se evaluaron. Resultados: Se reclutaron 100 mujeres que toman antidepresivos durante el embarazo y 100 en cada grupo de comparación. A pesar de recibir información tranquilizadora basada en la evidencia, el 15% de las usuarias de antidepresivos en comparación al 4% del uso de medicamentos gástricos y 1% del uso de antibióticos, optó por discontinuar sus medicamentos. Los principales factores determinantes para la toma de decisiones se basan en: información recibida antes de llamar al programa Motherisk, consejos de amigos y familia, e Internet, la secuencia en la que se dan los consejos y si la mujer estaba indecisa en el momento de la llamada.

Esto deja en evidencia la alta percepción de riesgo asociada a psicofármacos en comparación con otros medicamentos que se consumen durante el embarazo.⁸

En el caso de los fármacos ansiolíticos, como regla general, la exposición a cualquier tipo de benzodiacepina en los tres primeros meses del embarazo se debe evitar, ya que el feto es más vulnerable a los efectos tóxicos de los medicamentos durante este período de organogénesis activa. Sin embargo, el uso de medicamentos durante el embarazo no es una contraindicación absoluta.

Otro de los estudios que consideramos relevantes para este trabajo de investigación fue un meta análisis llamado “efectos de las benzodiacepinas en el feto, el recién nacido y el lactante” realizado por Mohammad Iqbal y colaboradores. Los autores de dicho meta análisis realizaron una búsqueda en MEDLINE sobre esta temática en los años comprendidos entre 1996 y 2000.

Los resultados de la búsqueda indican que hay suficiente información que avala que los beneficios maternos de usar benzodiazepinas en el embarazo y la lactancia superan los efectos negativos sobre el feto y el lactante. Los investigadores indican como conclusión que para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos los médicos deben prescribir las benzodiazepinas de mayor seguridad, a dosis mínima y por el menor tiempo posible, evitando el uso en el primer trimestre y los regímenes con múltiples fármacos.³

Es de suma importancia la percepción de riesgo que poseen los proveedores de salud a la hora de dar su opinión y aconsejar a las mujeres embarazadas en la toma de decisiones. Una alta percepción de riesgo por parte de los profesionales de la salud puede llevar a la inducción de la toma de una decisión equivocada por parte de la mujer.

La información negativa dada por un médico general es más inquietante, ya que estas personas son de confianza para proporcionar información basada en la evidencia. Después de recibir la información negativa de un proveedor de atención de salud, sobre todo un médico, es difícil que las mujeres acepten que la información basada en la evidencia tranquilizadora es exacta. En consecuencia, a pesar de tales garantías, las mujeres que continúan usando la medicina siguen preocupadas y se sienten culpables porque no pueden olvidar la información negativa inicial que recibieron.

Se realizó un estudio donde se encuestaron profesionales médicos de Argentina y Brasil. Se analizaron un total de 238 encuestas de los profesionales médicos, 120 de Brasil y 118 de Argentina. La muestra está formada por médicos especialistas en psiquiatría, obstetricia, neurología, cardiología, gastroenterología y medicina familiar.

Se les pidió a los participantes que calificaran su percepción del riesgo teratogénico sobre las diferentes clases de drogas entre dos opciones: cada medicamento en particular puede causar malformaciones entre 1-5%, o superior al 5%. Se evaluaron las siguientes clases de fármacos: antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivos y benzodiazepinas.

La percepción de mayores riesgos teratogénicos (malformaciones en más de un 5% de los casos cuando se utiliza durante el embarazo), fue reportado por la mayoría de la muestra (82,7%) con respecto a los anticonvulsivantes,

seguido de los antipsicóticos (60,9%), las benzodiazepinas (52,8%) y los antidepresivos (49,2%).

Entre las diferentes especialidades, existen diferencias en la percepción de riesgo en relación con los antidepresivos, antipsicóticos y benzodiazepinas, pero no anticonvulsivos. Los psiquiatras perciben el menor riesgo con respecto a estas clases de drogas, en comparación con otros especialistas.

En resumen, en esta muestra de médicos, la percepción del riesgo asociada con el uso de psicofármacos en el embarazo fue sobreestimada por los especialistas no psiquiatras, mientras que los psiquiatras reportaron una percepción de riesgo consistente con la información basada en la evidencia. Por lo tanto, se recomienda el aumento de la formación (conferencias, cursos, etc) sobre el uso de psicofármacos en el embarazo entre los especialistas no psiquiatras, ya que también se preocupan por las mujeres embarazadas que toman estos medicamentos.

La mayoría de la bibliografía disponible tiene como población de estudio mujeres embarazadas que sí utilizan estos fármacos y/o con patología psiquiátrica asociada. Nos parece de suma importancia realizar la presente investigación, teniendo en cuenta que no disponemos de información en nuestro país acerca de la percepción de riesgo del consumo de psicofármacos en mujeres embarazadas, independientemente si estas consumen o no.¹

Objetivos

Objetivo general: Conocer la percepción de riesgo del consumo de drogas psicotrópicas durante el embarazo en mujeres puérperas hospitalizadas en el C.H.P.R.

Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de consumo de drogas psicotrópicas en nuestra población de estudio.
- Conocer las características socio demográficas de la población a estudiar.

- Conocer la prevalencia del consumo de psicofármacos según tres diferentes grupos: mujeres que dejaron de consumir antes de saber que estaban embarazadas, mujeres que dejaron de consumir cuando se enteraron que estaban embarazadas y mujeres que consumieron estando embarazadas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional, de corte transversal de una muestra por conveniencia. Se encuestaron 273 mujeres puérperas internadas en el área de alojamiento conjunto del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período comprendido entre 11 de julio de 2014 y el 15 de agosto del mismo año. Las primeras etapas del estudio se realizaron en conjunto con otros tres equipos de investigación, los cuales abordaban otros consumos en el embarazo (marihuana, cocaína y alcohol). La recolección de los datos fue llevada a cabo por los integrantes de los cuatro grupos, en base a una encuesta (ANEXO 1) que consto de 83 preguntas, diseñada de acuerdo a los objetivos de la investigación y utilizando como referencia la guía “Focus on field epidemiology”⁹ y un estudio realizado anteriormente en el Pereira Rossell.¹⁰

En dicha encuesta se realizaron preguntas abiertas y cerradas, utilizándose un lenguaje adecuado, evitándose la jerga técnica, y se formularon de la manera más precisa posible para dejar muy poco a la interpretación de las encuestadas.

Los recolectores de datos recibieron capacitación previa y entrevistaron a potenciales participantes con el objetivo de capacitarse en la realización de la encuesta y para corregir aquellas preguntas ambiguas o que no eran comprendidas por la población de estudio.

Se realizó una prueba piloto con 20 encuestas con el fin de estandarizar el procedimiento y realizar los ajustes finales. Con esos datos se confeccionó la encuesta en su formato final.

El cuestionario se realizó en el mismo cuarto donde se encontraba la puérpera con el fin de no incomodarla con traslados con su recién nacido y asegurar la

privacidad. Al finalizar fue examinada la historia clínica del recién nacido para completar la sección del cuestionario correspondiente al mismo.

Se indagó sobre las características demográficas de la población, especificando edad, raza, estado civil, trabajo fuera de la casa, y nivel de educación (considerándose hasta el último año completo). Sobre el embarazo actual se preguntó número de embarazo, semana de captación, cantidad de controles, deseo o no de concepción.

En cuanto al recién nacido, los datos recabados fueron: forma de terminación, sexo, perímetro cefálico, peso, longitud, edad gestacional, APGAR, a donde fue referido y presencia de enfermedad connatal.

Con respecto al consumo de psicofármacos, se indagó mediante una pregunta cerrada con las opciones de: si, no, no contesta, si alguna vez tomó algún medicamento para dormir, mejorar su estado de ánimo, crisis convulsivas o algún medicamento que le haya recetado el psiquiatra. Se preguntó, mediante una pregunta cerrada quien le indicó la medicación, con las opciones: médico, usted mismo, u otro.

A las mujeres que manifestaron haber tomado estos fármacos en algún momento de su vida, se les preguntó la relación de dicho consumo con el embarazo, pidiéndoles que se situaran en el grupo que más se ajustara a su situación, con las opciones “dejé de consumir antes de saber que estaba embarazada”, “dejé de consumir cuando me enteré que estaba embarazada”, “consumí estando embarazada pero ahora no consumo”, “seguí consumiendo pero menos que antes”, “desde que supe que estaba embarazada continué consumiendo igual que antes”.

Para evaluar la percepción de riesgo de las pacientes, independiente de si alguna vez consumieron o no, por un lado preguntamos, a través de una pregunta cerrada (con las opciones de si, no, no contesta), si creían que dicho consumo podría acarrear alguna consecuencia negativa para su bebé. A las que contestaron afirmativamente se les solicitó que cuantificaran dicho riesgo mediante una escala analógica, con valores del 0 al 10, considerando 0 como ausencia de riesgo y 10 como el mayor daño posible. Por otro lado les pedimos que especificaran mediante una pregunta abierta cuales creían que eran esas consecuencias negativas, la encuesta presentaba diferentes opciones donde

colocar las respuestas de las pacientes (pudiendo ser más de una). Estas eran: que el bebé no aumente de peso, perder el embarazo, malformaciones, parto prematuro, problemas en la escuela, problemas de comportamiento, que sea difícil de calmar, otro, y no sabe.

Por último se indagó si el médico les preguntó acerca del consumo de psicofármacos durante el embarazo.

Luego de finalizado el trabajo de campo todos los análisis fueron efectuados en SPSS versión 17,0. En primera instancia se realizó un análisis univariado para cada variable con el fin de evaluar rango de valores -mediciones implausibles- y de realizar medidas de resumen.

Para las variables continuas se reportan media, desvío estándar y valores máximos y mínimos. Para variables categóricas se procedió a evaluar la frecuencia relativa de cada una. Algunas variables fueron recolectados como variables continuas pero posteriormente se recodificaron en variables categóricas para ser presentadas en las tablas.

Esta investigación se realiza en el marco del Proyecto de investigación del Núcleo interdisciplinario Infancia 2020, cuyos responsables son Mario Moraes Castro, Profesor agregado de Neonatología y Gabriel Gonzalez Ravelino, Profesor de Neuropediatría. Fue aprobada por el comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell bajo el título: Consumo de alcohol, marihuana, cafeína y cocaína durante el embarazo en la población usuaria del Centro hospitalario Pereira Rossell.

El presente estudio no tubo financiación, ni conflicto de intereses.

Resultados

En cuanto a los datos demográficos, representados en la Tabla 1, la edad media de la muestra fue de 24,8 años. En lo que respecta a la raza, predominó la raza blanca con un 72,2%.

El 51,6% de las mujeres se encuentran en concubinato, el 41,4% son madres solteras, siendo solamente el 6,8% las mujeres casadas.

En cuanto al nivel educacional, el 61,2% de las mujeres terminaron primaria y aprobaron al menos un año de secundaria. El tiempo medio de estudio fue de 7,58 años.

Con respecto a la ocupación, el 81,3% de estas mujeres no trabaja fuera de su casa.

En la variable número de embarazos se encontró que el 42,9% de las mujeres tuvieron 2 o 3 embarazos.

Con respecto a la planificación del embarazo, se observó que el 53,5% de las mujeres no querían quedar embarazadas. El 97,4% de las mujeres se controlaron el embarazo correspondiendo en un 85% a 5 o más controles, teniendo como media 8,5 controles.

En la tabla 2 se presentan los datos perinatales de los recién nacidos.

La Tabla 3 expresa la prevalencia y percepción de riesgo del consumo de psicofármacos durante el embarazo. En cuanto a la prevalencia, se observó que solo el 7,7 % los utilizó en algún momento de su vida.

El 90,5% de la muestra consideró que consumir este tipo de fármacos durante el embarazo puede acarrear consecuencias negativas para su hijo. Dichas consecuencias negativas se cuantificaron a través de una escala de riesgo con valores del 0 al 10 (considerando 0 como ausencia de riesgo y 10 como el mayor daño posible), donde se obtuvo una media de 8,19. Cuando se indagó cuáles eran esas consecuencias negativas se observó como dato relevante que un 46,5% no sabía específicamente, un 22,6% opinó que eran las malformaciones congénitas y un 15,6% que podían perder el embarazo.

El 45,8% de las mujeres manifestó no haber sido interrogada por su médico con respecto al consumo de estos fármacos (Tabla 3).

Del 7,7% de las mujeres que utilizaron psicofármacos a lo largo de su vida, 52,4% dejaron de consumir antes de saber que estaban embarazadas, 23,8% dejaron de consumir al enterarse que estaban embarazadas, y un 23,8 % consumieron estando embarazadas.

El 60% de estas mujeres abandonaron la medicación por decisión propia, el 35% por indicación médica y el 5% por consejos de familiares o amigos (Tabla 4). El 100% de estas mujeres consumió estos fármacos por indicación médica.

TABLA 1. Datos demográficos.

Variable		N=273	%
Edad materna	De 10 a 19 años	73	26,7
	De 20 a 34 años	180	65,9
	> 35 años	20	7,3
	MEDIA (DS)	24,18(6,18)#	
Raza*	Blanca	197	72,2
	Mestiza	49	17,9
	Negra	26	9,5
Estado Civil	Casada	18	6,6
	Soltera	113	41,4
	Concubina	141	51,6
	Divorciada	1	0,4
Educación	Primaria	99	36,3
	Secundaria	167	61,2
	Terciaria	4	1,5
	Otros	3	1,1
Años de estudio	MEDIA (DS)	7,58 (3,24)#	
Trabajo fuera de su casa*	Si	222	81,3
	No	50	18,3
Numero de embarazo**	1	92	33,7
	De 2 a 3	117	42,9
	4 o más	30	11
Deseo de concepción *	Si	126	46,2
	No	146	53,5
Número de controles***	0 a 1	9	3,3
	2 a 4	17	6,2
	5 o mas	232	85
	MEDIA (DS)	8,5 (3,236)#	

Desvío estándar. * 1 falta de datos. **34 falta de datos. ***15 falta de datos.

TABLA 2. Datos del recién nacido.

Variable		N=273	%
Terminación *	Espontáneo	171	62,6
	Fórceps	13	4,8
	Cesárea	79	28,9
	Vacuum	1	0,4
Sexo*	Femenino	126	46,2
	Masculino	138	50,5
Peso al nacer (gramos)**	MEDIA (DS)	262	3187,22 (579,618)#
Perímetro cefálico (cm)***	MEDIA (DS)	192	34,27 (2,405) #
Talla (cm)****	MEDIA (DS)	196	48,927 (3,2381) #
Edad gestacional al nacer*****	MEDIA (DS)	259	38,29 (2,0773) #
Apgar al minuto de vida*****	0 a 6	23	8,4
	7 a 10	233	85,3
Apgar al quinto minuto*****	0 a 6	6	2,2
	7 a 10	250	91,6
Referido *	Alojamiento conjunto	229	83,9
	Neonatología	32	11,7
	Otro hospital	2	7
Recién nacido con patología**	No	228	83,5
	Si	34	12,6

Desvío estándar. * 9 falta de datos. **11 falta de datos. ***81 falta de datos.

**** 77 falta de datos. ***** 14 falta de datos. ***** 17 falta de datos.

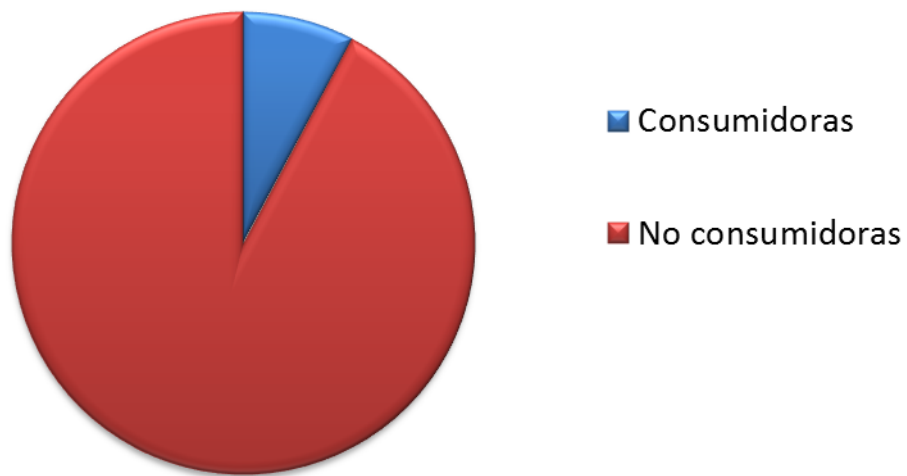
TABLA 3. Prevalencia y percepción de riesgo.

Variable			N= 273	%
Consumidora de psicofármacos*		No	250	91,6
		Si	21	7,7
Percepción de riesgo**		No	22	8,1
		Si	247	90,5
Escala de riesgo***		0 a 3	10	3,7
		4 a 6	37	13,6
		7 a 10	201	73,6
		MEDIA (DS)	8,19 (2,293)#	
Consecuencias negativas	No aumento de peso	No	258	94,5
		Si	12	4,4
	Perder el embarazo	No	228	83,5
		Si	42	15,4
	Malformaciones	No	209	76,6
		Si	61	22,3
	Prematurez	No	252	92,3
		Si	18	6,6
	Problemas escolares	No	258	94,5
		Si	11	4
	Problemas de comportamiento	No	256	93,8
		Si	14	5,1
	Difícil de calmar	No	259	94,9
		Si	11	4,1
	Otros	No	233	85,3
		Si	32	12,7
	No sabe	No	145	53,1
		Si	126	46,2
El médico le preguntó ****		No	125	45,8
		Si	145	53,1

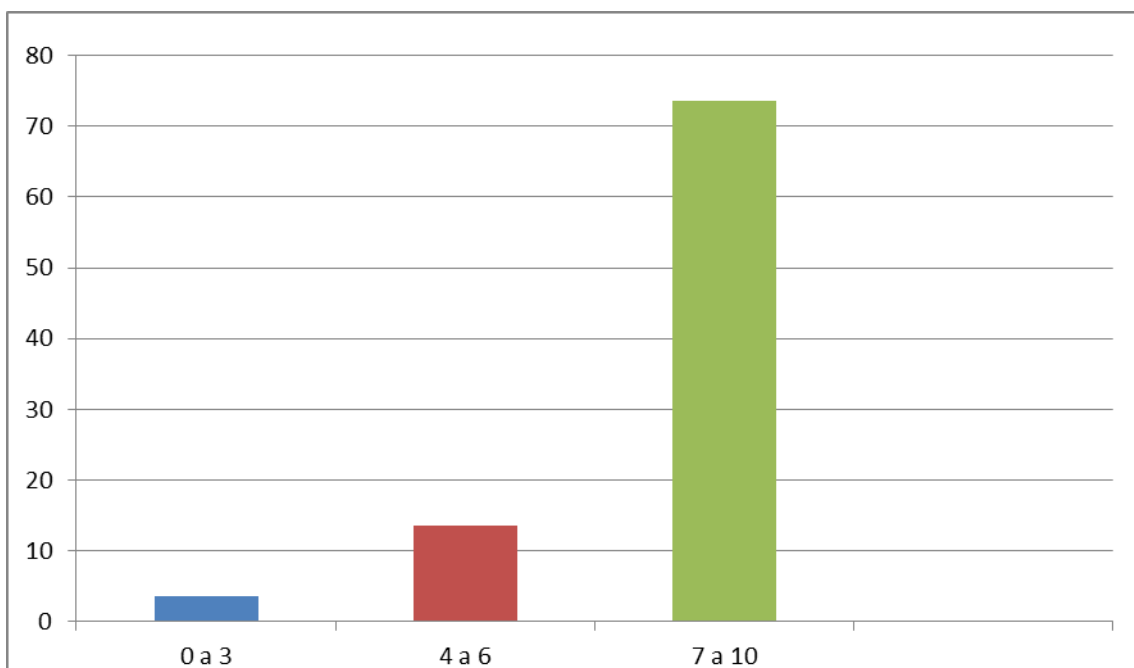
Desvío estándar. * 2 falta de datos. ** 4 falta de datos. ***25 falta de datos.

**** 3 falta de datos.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE PSICOFARMACOS



Escala de riesgo, con valores del 0 al 10, considerando 0 como ausencia de riesgo y 10 como el mayor daño posible, expresado en porcentajes.



Porcentaje de mujeres a las cuales el médico les preguntó si consumían o no psicofármacos durante el embarazo

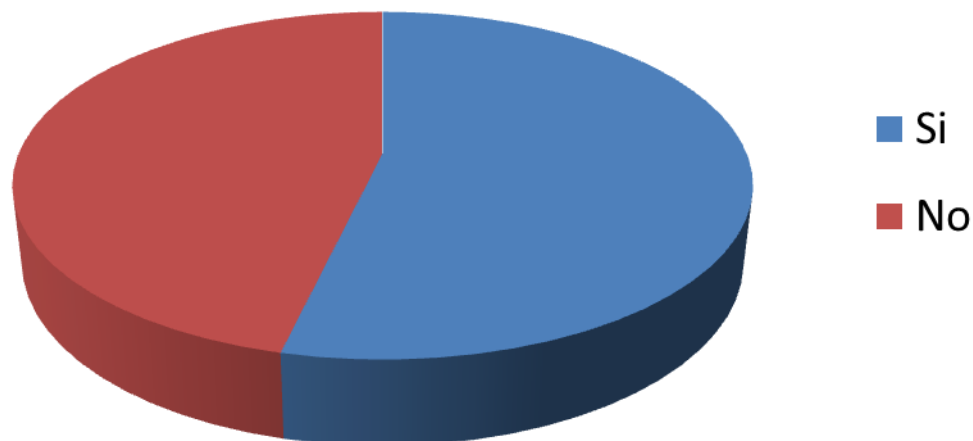


TABLA 4. Situación de consumidoras.

Variable		N=21	%
Situación de consumidora	Dejó antes de saber que estaba embarazada	11	52,4
	Dejó cuando se enteró que estaba embarazada	5	23,8
	Consumió durante el embarazo	5	23,8
Causa de abandono o disminución del consumo*	Indicación médica	7	35
	Decisión propia	12	60
	Consejo familiar o de amigos	1	5

* 1 falta de datos.

Conclusión y perspectiva

En nuestro estudio el 7,7% de las gestantes manifestaron haber consumido psicofármacos alguna vez en su vida, siendo la edad media de nuestra muestra 24 años. En base a estos resultados, es importante destacar que la prevalencia del uso de estas drogas aumenta conjuntamente con la edad. Esto se ve reflejado en la cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de

Drogas realizada en nuestro país en el año 2007 donde se vió que las mayores tasas de consumo se presentan a partir de los 45 años.¹¹

Con lo que respecta a nuestro objetivo principal observamos que el 90,5% de las encuestadas manifestaron que consumir psicofármacos durante el embarazo puede ser riesgoso para la salud de sus hijos. Teniendo en cuenta que la media obtenida a través de la escala de riesgo fue de 8,19, concluimos que el riesgo es sobreestimado. A su vez dicha percepción elevada de riesgo se correlaciona con una idea sin fundamento, ya que al solicitarles que especificaran cual era dicho riesgo el 46,2% no pudieron hacerlo; lo cual refleja una estigmatización y falta de información acertada sobre este tipo de fármacos. Según el estudio de Saskatchewan y Ontario⁵, el 62% de las mujeres de dicho estudio recibieron información negativa por parte de los amigos y la familia; en cuanto a los medios de comunicación, el 65% obtuvieron información de Internet. El libre acceso a información sin respaldo basado en la evidencia podría ser influyente en la sobreestimación de riesgo.

El 45,8% de las mujeres manifestaron que el médico no indagó acerca del consumo de estos fármacos en los controles obstétricos, teniendo en cuenta que el porcentaje de mujeres que se controlaron el embarazo fue del 97,4%. Por otro lado, en el estudio citado en el párrafo anterior⁵, se detectó que el 12% las mujeres recibieron información negativa por parte del personal de salud, lo que demuestra que la información es poca y además en ocasiones no es correcta. Éste es un hecho a tener en cuenta, ya que el momento de la consulta médica es una buena instancia para brindar información adecuada y detectar posibles temores y prejuicios en relación a éstos fármacos, lo cual sin duda representa un beneficio para la salud de la madre y su hijo. En las Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada¹², se plantea como objetivo en las consultas obstétricas del control del embarazo la evaluación e identificación de todos los aspectos que puedan potencialmente influir sobre el desarrollo exitoso del embarazo, estableciendo un ambiente propicio para informar, alentar la discusión, escuchar las dudas y responderlas, con la intención de empoderar a la mujer en la toma de decisiones otorgando información clara y

completa. Teniendo en cuenta este punto y los datos recabados en nuestro estudio, observamos que dicho principio no se cumple completamente, al menos en lo que respecta al consumo de estos fármacos.

Como algo positivo a destacar en cuanto a los resultados, es que el 100% de las consumidoras de psicofármacos en el presente estudio los consumieron por prescripción médica, descartándose la auto-medicación.

Como debilidades de nuestro estudio, identificamos que a la hora de hacer la búsqueda bibliográfica se encontraron pocos artículos a partir de los cuales obtener información sobre la percepción de riesgo del consumo de psicofármacos en mujeres embarazadas. Otro punto débil a destacar fue el gran porcentaje de pérdida de datos en relación al tamaño de la muestra.

Como perspectiva a futuro, consideramos que sería interesante complementar este estudio con la valoración de la percepción de riesgo por parte del personal de salud, ya que es clara la influencia de ésta sobre las creencias y el accionar de los pacientes. Debido a que la imagen del médico representa una fuente confiable de información, una elevada percepción de riesgo por parte de los mismos podría inducir en las pacientes la toma de decisiones erróneas. Según el estudio "Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two latin american countries" ¹, los médicos psiquiatras son los que tienen más conocimiento acerca de los efectos del consumo de psicofármacos durante el embarazo; pero resulta necesario que todos los médicos, independientemente de su especialidad, manejen información acertada al respecto para así evitar una mala consejería.

Referencias bibliográficas

- ¹ **Cantilino A, Lorenzo L, Paula JD, Einarson A.** Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2014 Apr-Jun; 36(2):106-10.
- ² **Sosa L.** Farmacoterapia durante el embarazo. *Arch. Med. interna* 2009; 31 (4):87-92.
- ³ **Masud M, Sobhan T, Ryals T.** Effects of Commonly Used Benzodiazepines on the Fetus, the Neonate, and the Nursing Infant. *Psychiatr. Service* 2002; 53 (1): 39-49.
- ⁴ **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013. (Libro on-line en Internet) <<http://www.psychiatry.org/dsm5>> [consulta. 15 set 2014].
- ⁵ **Einarson A.** Challenges for healthcare providers in treating women with psychiatric disorders during pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19(3):e371-e375.
- ⁶ **Walfisch A.** Maternal depression and perception of teratogenicity. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19(3):e376-e379.
- ⁷ **Cohen L, Altshuler L, Harlow B, et al.** Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295(5):499-507.
- ⁸ **Bonari L, Koren G, Einarson T.R, Jasper J.D, Taddio A, Einarson A.** Use of antidepressants by pregnant women: Evaluation of perception of risk, efficacy of evidence based counseling and determinants of decision making. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 214–220.
- ⁹ **Paul A, Jeanette K, Amy Nelson.** Developing a questionnaire. [artículo en línea]. *Focus on field epidemiology.* 2 (2).

<http://cphp.sph.unc.edu/focus/vol2/issue2/2-2Questionnaire_issue.pdf>
[consulta. 05 set 2014].

¹⁰ **Moraes M, González G, Sosa C, Umpiérrez E, Ghione A, González S, et al.** Repercusión en el neurodesarrollo infantil del consumo de alcohol, cocaína y depresión materna: Estudio de cohorte prospectiva. Cuadernos Fundación Médica Mauricio Gajer-SEMM 2013; 4(19): 4-86.

¹¹ **Vazquez J, Romani M, Suárez H.** Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Uruguay. [artículo en línea] 2007;
<http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/2007_4ta_encuesta_hogares.pdf>. [consulta. 08 set 2014].

¹² **Muñoz M, Fernández M, Basso J, Ríos G, Pereira J, Grela G, et al.** Normas de Atención a la Mujer Embarazada [artículo en línea]. Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. 2007;
<http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_atencion_mujeres_embarazadas.pdf> [consulta. 10 set 2014].

Agradecimientos

Especialmente a los tutores encargados de guiarnos en la realización de esta monografía: Dr. Claudio Sosa, Dr. Mario Moraes y Dr. Gabriel González.

Al Hospital Pereira Rossell por permitirnos realizar las encuestas. A las pacientes hospitalizadas por brindarnos parte de su tiempo y contestar las preguntas amablemente.

A la cátedra de metodología científica de la Facultad de Medicina por guiarnos en la elaboración de un protocolo de investigación, y por los talleres de búsqueda bibliográfica que nos fueron muy útiles para el presente estudio.

ANEXO

METODOLOGIA CIENTIFICA II

ENCUESTA PARA LA MONOGRAFIA 2014

Datos de la paciente:

1 Sala _____ Cama _____

2 Nombre y apellido: _____

Dirección: _____ Tel. _____

Barrio/Ciudad: _____ Dpto: _____

Datos encuestador:

3. Nombre del entrevistador: _____

4. Fecha de la entrevista (dd/mm/aa) _____

Datos demográficos:

5. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): ____/____/____ No contesta

6. ¿Cuántos años tiene? _____ No contesta

7. Observe el color de piel de la madre y marque según su criterio (NO PREGUNTAR)

Blanca Negra Mestiza Otra, especifique _____

8. ¿Cuál es su estado civil actual?

Casada Soltera Concubina (solo si es más de un año) Divorciada

Viuda No contesta

9. ¿Qué nivel educacional tiene? (indique último año aprobado)

Primaria años _____

Secundaria años _____

Terciaria años _____

Otros años _____

No contesta

10. ¿ Trabaja fuera de su casa? Si No No contesta

Historia del embarazo actual y antecedentes personales:

11. ¿Este qué número de embarazo es? (Incluyendo los embarazos perdidos si hubo) _____

12. ¿De cuántas semanas/meses estaba cuándo se enteró que estaba embarazada?

_____ Sem _____ Mes No sabe

13. ¿Quería quedar embarazada?

Sí No No contesta

14. ¿Se controló el embarazo?

Sí No No contesta

15. ¿Cuántos controles se realizó durante este embarazo? _____ No sabe

16. ¿Tuvo usted alguna de las siguientes enfermedades durante este embarazo?

	presente		tratada		no sabe/recuerda
	si	no	si	no	
Presión alta					
Enfermedades del corazón					
Diabetes					
Sangrados genitales en los últimos 3 meses					
Anemia					
Amenaza de aborto					
Amenaza de parto prematuro					
Fibromas					

Infecciones de transmisión sexual					
Infección urinaria					
Infección vaginal					
Bocio					
Otra					

Hablemos sobre algunas **sustancias que se consumen en el embarazo**, como Ud. sabe actualmente existe un mayor uso de sustancias permitidas y no permitidas. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el uso de éstas.

17. ¿Alguna vez tomó algún medicamento para dormir, mejorar su estado de ánimo, crisis convulsivas o algún medicamento que le haya recetado el psiquiatra? (Si responde no, pase a la pregunta 24)

Sí No No contesta

18. Especifique para qué tomó:

Para dormir Depresión Ansiedad Crisis de pánico
 Crisis convulsivas Psicosis, alucinaciones Otros

19. ¿Qué medicamento tomó?

Benzodiazepinas (Diazepam, Clonazepam, Lorazepam)

Anti depresivos (Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Amitriptilina)

Anti psicóticos (Haloperidol, Quetiapina)

Anti convulsivantes (Carbamazepina, Fenitoina, Valproato)

20. ¿Quién se lo indicó?

Medico Usted mismo Otro

21. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación de consumidora de este tipo de fármacos?

- Dejé de consumir antes de saber que estaba embarazada
- Dejé de consumir cuando me enteré que estaba embarazada
- Consumí estando embarazada, pero ahora no consumo
- Seguí consumiendo, pero menos que antes
- Desde que supe que estaba embarazada, continúe consumiendo igual que antes

22. ¿En qué trimestre del embarazo dejó de consumir o disminuyó el consumo?

- Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

23. ¿Por qué dejó de consumir o disminuyó el consumo?

- Indicación médica Decisión propia Consejo familiar o de amigos Otros

24. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir este tipo de fármacos durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

- No Si No contesta

25. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir estos fármacos durante el embarazo? _____ No sabe

26. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir estos medicamentos? (Pregunta abierta)

- Que no aumente de peso
- Perder el embarazo
- Malformaciones
- Que nazca antes de tiempo

Que tenga problemas en la escuela

Problemas de comportamiento

Que sea difícil de calmar

Otro

No sabe específicamente

27. ¿En embarazos anteriores consumió alguno de estos fármacos?

Si No No contesta

28. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía estos fármacos?

Si No No contesta

En relación al consumo de alcohol:

29. Usted ¿Tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo?(Si contesta NO: dar ejemplos tales como vino, cerveza, whisky , vodka . Si vuelve a contestar no, pase a la pregunta 36)

Si No No contesta

30.¿Qué tan seguido consumió bebidas alcohólicas?

Una sola vez en todo el embarazo Una vez/mes o menos Una vez/semana

1-3 veces/semana Todos los días

31. ¿En qué trimestre tomó más alcohol?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

32. Indique la forma de consumo:

Usted....		
¿Tomó vino?	NO	SI
¿Cuántos días por mes?		<u>código de los recipientes:</u>

¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		(1) Vaso chico, tipo de grapa
¿Tomó cerveza?	NO SI	(2) copa chica (100ml)
¿Cuántos días por mes?		(3) Vaso común (200ml)
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		(4) Lata (350ml)
¿Tipo de recipiente? (código)		(5) Botella o caja (750-1000ml)
¿Tomó alguna otra bebida alcohólica: sidra, grapa, caña, medio y medio, whisky, etc.?	NO SI	
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		

33. ¿Alguna vez se emborrachó (ingesta excesiva) durante el embarazo?

- Nunca
- Si una vez en todo el embarazo
- Si una vez por mes
- Si una vez por semana
- Si todos los días
- No contesta

34. En su casa, ¿Tiene bebidas alcohólicas?

- Si No No contesta

35. ¿En alguna oportunidad intentó dejar de tomar alcohol?

- Si No No contesta

36. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir alcohol durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

- Si No No contesta

37. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué número le pondría al riesgo que le genera al bebe

consumir alcohol durante el embarazo? _____ No sabe

38.¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir alcohol durante el embarazo? (Pregunta abierta)

Que no aumente de peso

Perder el embarazo

Malformaciones

Que nazca antes de tiempo

Que tenga problemas en la escuela

Problemas de comportamiento

Que sea difícil de calmar

Otro

No sabe específicamente

39. ¿De quien recibió información acerca de los riesgos de consumir alcohol durante el embarazo?

Médico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar

Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet

Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 42) Otros

40. Si recibió información ¿Considera que ésta fue suficiente?

Sí No No contesta

41. La información recibida ¿Cambió las características del consumo? Solo si respondió que consumía

Aumentó

Permaneció igual

Disminuyó

42. ¿En embarazos anteriores consumió alcohol?

Si No No contesta

43. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía alcohol?

Si No No contesta

En relación al consumo de **marihuana:**

44. ¿Alguna vez en su vida consumió marihuana? (Si contesta NO pasar a la pregunta 49)

Si No No contesta

45. Antes de estar embarazada ¿consumió marihuana?

Sí No No contesta

46. ¿Qué tan seguido la utilizaba?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

47. Luego de quedar embarazada, ¿consumió marihuana? (Si contesta no, pase a la pregunta 49)

Sí No No contesta

48. ¿Qué tan seguido la utilizó durante el embarazo?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

49. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir marihuana durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

50. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir marihuana durante el embarazo? _____ No sabe

51. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir marihuana? (Pregunta abierta)

- Que no aumente de peso
- Perder el embarazo
- Malformaciones:
- Que nazca antes de tiempo
- Que tenga problemas en la escuela
- Problemas de comportamiento
- Que sea difícil de calmar
- Que el niño sea adicto luego
- Otro
- No sabe específicamente

52. En cuanto a los posibles efectos de la marihuana durante el embarazo ¿Recibió algún tipo de información?

- Sí No No contesta

53. Si recibió información ¿Quién se la proporcionó?

- Medico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar
- Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet
- Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 56) Otros

54. ¿Considera que la información que recibió fue suficiente?

- Sí No No contesta

55. La información recibida ¿cambió las características del consumo? Solo si respondió que consumía.

- Aumentó Permaneció igual Disminuyó

56. ¿En embarazos anteriores consumió marihuana?

Si No No contesta

57. Durante el embarazo, ¿El médico le preguntó si consumía marihuana?

Si No No contesta

En cuanto al consumo de cocaína o pasta base de cocaína (PBC):

58. ¿Consumió cocaína o pasta base de cocaína (PBC) en este embarazo? (Si contesta no, pase a la pregunta 63)

Si No No contesta

59. ¿Qué tan seguido consumió?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

60. ¿En qué trimestre consumió más?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

61. ¿De qué forma la consumió?

Inhalada Intravenoso Fumada (basoco) Pasta base

62. ¿Alguna persona además de usted consumió cocaína o PBC en su casa?

Si No No contesta

63. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir cocaína o PBC durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

64. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir cocaína o PBC durante el embarazo? _____ No sabe

65. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir cocaína o PBC? (Pregunta abierta)

- Que no aumente de peso
- Perder el embarazo
- Malformaciones
- Que nazca antes de tiempo
- Que tenga problemas en la escuela
- Problemas de comportamiento
- Que sea difícil de calmar
- Que el niño sea adicto
- Otro
- No sabe específicamente

**66. En cuanto a los posibles efectos de la cocaína/ PBC durante el embarazo
¿Recibió algún tipo de información?**

Sí No No contesta

67. Si recibió información ¿Quién se la proporcionó?

Medico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar

Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet

Institucion educativa Creencia personal (pase a pregunta 70) Otros

68. ¿Considera que la información que recibió fue suficiente?

Sí No No contesta

69. La información recibida ¿cambió las características del consumo? Solo si respondió que consumía.

Aumentó Permaneció igual Disminuyó

70 ¿Consumió cocaína PBC en algún otro embarazo anterior?

Sí No No contesta

71. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía cocaína/PBC?

Si No No contesta

Datos del Carne Perinatal

Nacimiento: hora__ min____ día____ mes____ año____

Terminación: espontáneo fórceps cesárea vacuum

Sexo: F M No definido

Peso (g):

Perímetro cefálico (cm):

Longitud (cm):

Edad gestacional: ____ __semanas ____días

Peso para la EG: adecuado pequeño grande

Apgar: 1 minuto__ 5 minutos__

Reanimación: estimulación aspiración mascara oxígeno

masaje tubo

Referido: alojamiento conjunto neonatología otro hospital

Enfermedades del RN: ninguna 1 o mas: códigos: